

SEXUALIDAD AMBIGUA Y AMBIVALENCIA CLÍNICA*

Dra. Elena Lugo

* Presentación realizada en el curso “Problemas de ética en medicina”, realizado en la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, en Mayo de 2001, publicadas en el Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina (CAEEM), 1: 95-107, 2001

INTRODUCCIÓN

Mi presentación consta de dos partes. La primera ofrece una sencilla y breve confirmación del contexto ya expuesto con admirable precisión sobre el desarrollo sexual estimado normal. Sobre este trasfondo se consignarán las definiciones de las irregularidades en el curso normal del desarrollo sexual humano que nos interesan destacar. La segunda parte incluye una reflexión crítica articulada en tres niveles: un examen de cómo la cultura posmoderna formula el problema de la intersexualidad; identificación de algunos problemas de la ética clínica al encarar la situación ya expuesta; y finalmente una reflexión filosófica sobre el sentido personalista (personalismo como teoría antropológica) de la sexualidad en cuanto dimensión inherente a la naturaleza humana.

PARTE I

I

Para entender mejor no sólo la intersexualidad como desafío clínico sino para evaluar su significación moral, es recomendable examinar tanto la estructura compleja de la sexualidad humana como su asombrosa dinámica.

Partiendo de una perspectiva científico biológica, se puede identificar el sentido de la sexualidad según las etapas que siguen:

1. *Sexo cromosómico*

Se fundamenta en el patrimonio genético de la célula embrionaria o del individuo. Si la persona cuenta con dos XX es genéticamente mujer. Si cuenta con un X y un Y es varón. Este hecho es el resultado objetivo de la fecundación. Se discute si los padres pueden, moralmente hablando, escoger el sexo de sus niños/as y hacer uso de las técnicas cada día más refinadas para lograrlo. Pero lo que no parece posible es que cada individuo que nace pueda elegir posteriormente su sexo. Algunas teorías científicas apuntan al sexo genético como el determinante de los otros componentes biológicos del sexo. También resulta para muchos el responsable último del sexo individual de cada persona.

2. *Sexo gonadal*

Se fundamenta en las características de los tejidos de las gónadas (células sexuales), vale decir, del tejido testicular para el varón y del tejido ovárico para la mujer. El crecimiento y la diferenciación de las glándulas sexuales surgen gradualmente. El individuo desarrolla, bajo la influencia de los respectivos genes, los tejidos testiculares u ováricos. Estos tejidos producen las hormonas correspondientes: testosterona en el varón y estrógeno en la mujer. Podría llamarse a esta etapa sexo hormonal.

3. *Sexo hormonal*

Este posibilita la morfología distintiva de los próximos componentes, a saber:

4. *Sexo embrionario*

Se trata de conductos internos propio de los órganos correspondientes: en el varón, el conducto de Wolf; en la mujer, el de Müller.

5. *Sexo fenotípico o genital*

Está en correspondencia con los órganos externos distintivos del varón y de la mujer. Ordinariamente representa la base que sirve de criterio a la hora de identificar el sexo del recién nacido, tanto de parte de los profesionales en salud como de los padres de la criatura. Este nivel, como es de esperarse, supone tanto interés civil y social como legal.

Si ajustamos la perspectiva a un punto de vista psicosocial, observamos que normalmente el desarrollo de los niveles anteriores, de orden biológico, conducen en la pubertad al crecimiento tanto del organismo sexual interno como del externo, manifestándose así los rasgos distintivos del varón o de la mujer.

La diferenciación sexual alcanza al cerebro en la zona neocortical relacionada con la actividad cognoscitiva y consciente. Sobre esta base genético biológica, el ambiente y la educación contribuyen a la formación del sexo psicológico. Se trata aquí de la vocación de todo ser humano a vivir su existencia con las características propias de la sexualidad masculina o femenina. Esto implica la aceptación de su naturaleza específica y la respuesta adecuada a las exigencias concretas de la misma. Conduce normalmente a la reciprocidad y complementariedad de los dos sexos. En el mejor de los casos, se presenta una armonía y concordancia entre los niveles ya reseñados. De modo que la identidad sexual determinada por la genética y por la configuración de los órganos genitales tanto internos como externos está en consonancia - por lo general - con la identidad psicológica de la persona y su reconocimiento social en cuanto varón o mujer.

Ya en este nivel se puede introducir el concepto de género, acentuando las expectativas que la cultura expresa en relación con lo que significa ser varón o mujer. Se puede hacer las siguientes distinciones:

- a. *Sexualidad en el orden civil o legal*: anotación en el Registro Civil de acuerdo a la configuración genital descrita al nacer.
- b. *Sexualidad formativa*: se refiere a la manera en que los padres visten y asignan las funciones de varón o mujer, formando así la personalidad del hijo.
- c. *Sexualidad psíquica*: se refiere a la orientación de la conducta sexual.

Para un estudio más profundo y detallado, cf. el artículo *Vicisitudes del Proceso de Sexuación: Importancia Médico-Legal*, del Dr. Juan Carlos Romi.

Como ya hemos señalado al exponer la situación que desafía el cuadro de lo normal y tradicionalmente aceptado, existen varios tipos de irregularidades con su correspondiente (si bien a veces discutida) frecuencia estadística.

Enumeraremos las principales formas de intersexualidad o sexualidad congénita ambigua, sin detenernos en descripciones demasiado técnicas, para centrar la atención en lo que concierne a nuestra discusión.

II

Las irregularidades o anomalías principales se presentan según las descripciones que seguidamente presento en orden de interés:

1. *Pseudohermafroditismo*

Se advierte aquí una discordancia entre, por un lado, el nivel genital externo o / y interno y, por otro, entre el nivel gonadal y el cromosómico. En su variante femenina, los genitales son masculinos (con mayor o menor configuración distintiva) pero las gónadas y el componente cromosómico son femeninos (síndrome adrenogenital congénito).

2. *Hermafroditismo pleno o verdadero*

Se presentan simultáneamente los genitales internos. Por lo general, los genitales externos resultan masculinos, pero con algunas formaciones femeninas rudimentarias, e inclusive una pseudo - menstruación o hematurias en la pubertad.

3. Trastornos genéticos

Se trata de irregularidades de clara raíz genética, como los síndromes siguientes:

- a. *Síndrome de Klinefelter*: presencia de 47 cromosomas configurados como XXY, o XX-XY, por lo cual la persona presenta genitales externos usualmente masculinos, o hipoplásticos, con una oligo o azoospermia asociada.
- b. *Síndrome de Turner*: presencia de 45 cromosomas con la ausencia de un X, de genitales femeninos de orden externo pero carente de ovarios fértiles.

III

Además de las anomalías de fundamento biológico reconocido, existen otras de diferente orden, y que bien pueden constituir un desafío no sólo para los psicoterapeutas sino también para los clínicos y cirujanos. Se trata del transexualismo.

1. *El denominado "normal"* se caracteriza por la armonía de las esferas biológicas ya reseñadas, pero con la tendencia psicológica, a veces descrita como irresistible, a una conducta propiamente femenina. Dando cauce a esa tendencia se pretende conformar la estructura y dinámica sexual biológica a la que siente en el plano psíquico. Es decir, existe contradicción entre el sexo morfológico y el psicológico. El conflicto con el sexo físico genera una tensión permanente.

Por lo general se trata de varones físicamente configurados como tales que intentan transformarse en mujer, y no tanto a la inversa, es decir, mujeres biológicamente configuradas como la mujer que intentan convertirse en varón.

El transexual está convencido de ser un error de la naturaleza. Quiere entonces subsanar ese error haciendo uso de todos los medios imaginables.

Más adelante podremos comentar sobre la posibilidad y límites clínico-quirúrgicos y psico-terapéuticos para lograrlo, el índice de satisfacción de quienes lo han intentado, al igual que la evaluación ética de la propuesta transexual en sí.

2. Aunque no se puede de modo alguno equiparar a la intersexualidad ni al transexualismo, el travestismo y el homosexualismo son condiciones de carácter fundamentalmente psicológico que con frecuencia se asocian a las anteriores. Es preciso distinguirlas.

- a. *En el travestismo* no se evidencia una inclinación arraigada en la psique de cambiar de sexo. Se trata más bien de una fuerte necesidad de vestirse con las prendas o vestidos propio del otro sexo para así lograr sensaciones eróticas, aun cuando a veces se busque la relación sexual con el otro sexo.
- b. *En la homosexualidad* no predomina el rechazo a la sexualidad propia, pero sí se busca hacer uso de sus genitales para lograr satisfacción en otra persona de su mismo sexo.

PARTE II

I

En esta primera reflexión de la Parte II haremos de alguna manera *una crítica de la cultura actual*, repasando las inquietantes preguntas que esta se plantea ante las descripciones biológicas y psicológicas de la sexualidad: ¿Que hace a un varón ser varón y a una mujer ser mujer? ¿Lo determina las cromosomas, el sistema hormonal o los genitales? ¿Qué criterio utiliza la sociedad? Dicho en otros términos, ¿lo determina la naturaleza en su sentido biológico o se trata de una configuración social que se cristaliza en normas culturales sobre la identidad de varón o mujer sin ninguna categoría intermedia? Ante estos dilemas cabe entonces preguntar: ¿Cómo responde la medicina a la intersexualidad? ¿Esforzándose por restaurar o completar un proceso natural? ¿O ajustándose a un consenso establecido sobre lo que la cultura moderna considera que es lo apropiado para el varón y a la mujer?

En segundo lugar enfocaremos *los desafíos especiales de la ética clínica*. Examinaremos la aplicación específica de algunas normas de la ética médica de amplia aceptación. ¿Será preciso acudir a la integridad profesional de los médicos para practicar las normas éticas del consentimiento ilustrado y la veracidad con mayor rigor en estas situaciones tan dolorosamente existenciales?

Finalmente plantearemos *el marco conceptual de orden filosófico* ¿Contamos con una visión amplia del ser persona que resulte eficaz para sustentar una posición ética de credibilidad racional y de compasión afectiva ante los padres del bebé descrito en nuestra situación problemática?

- *La cultura actual frente al tema. Interrogantes*

Abordamos pues, en primera instancia, la crítica cultural en términos de una serie de interrogantes que estimo pertinentes para una discusión.

Se podría defender la intervención quirúrgica y endocrinológica basándose en presupuestos que algunos estudiosos consideran cuestionables, a saber:

- a) los individuos son psicosexualmente neutrales al nacer;
- b) un desarrollo psicosexual sano depende de la apariencia de los genitales externos[†].

En cuanto al primer presupuesto, creo que existen evidencias que lo contradicen, pues los factores biológicos en general (cromosómico en particular) predisponen al individuo para una conducta sexualmente diferenciada (recuérdese el caso John - 1963, J. Hopkins Hospital -: una situación de mala praxis en la cual se mutiló los genitales masculinos de John, nacido como varón normal).

En relación con el segundo presupuesto, debo admitir que la bibliografía no presenta suficientes estudios para evaluar desde varios ángulos la tendencia clínica a recomendar procedimientos técnicos para *normalizar* la ambigüedad sexual, motivada por una intencionalidad benéfica expresada a modo de cálculo de beneficio versus riesgos de tipo pragmático.

[†] Cf. Milton Diamond y Keith Sigmundson, "Sex Rassignment at Birth", en: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 15, 1997, págs. 298-304.

Profundizando en la crítica cultural y a la vez anticipando la reflexión en el orden de la ética clínica, cito a la estudiosa de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Michigan, A. Domural Dreger, quien se pregunta: ¿Cómo definir los genitales ambiguos? ¿Cuál es el criterio para fijar cuál es la apariencia aceptable que deben revestir para decidir si son de varón o de mujer?

En 1993, según encuesta realizada con ginecólogos, uno de cada 500 recién nacidos presentaba genitales externos de identificación dudosa. Otro estudio muestra sin embargo que sólo uno de cada 1.500 bebés presentan ambigüedad genital. La frecuencia aumenta si se define genitales ambiguos en términos de lo estéticamente apreciable. Es de notar que la cuestión misma de sexualidad ambigua pone el acento en la determinación y posible rectificación en el nivel de los genitales externos, con cierto menoscabo de los otros niveles biológicos, tales como el cromosómico y el gonadal.

Tanto la cirugía correctiva o reconstructiva como el tratamiento hormonal que la complementa, responde a las expectativas culturales en cuanto a la apariencia sexual, al igual que destaca el amplio papel de la medicina contemporánea ante cuestiones que algunos consideran propias del bienestar general, mas allá de la salud somática.

A favor de la medicina ampliada se puede argumentar que la medicina debe atender la salud psicosomática del individuo en su contexto comunitario. Según nuestra autora, a fines del siglo XX la medicina abordó el dilema de la intersexualidad desde una perspectiva anatómica amparada en una teoría psicosocial de género. A estos efectos recordemos la postura de John Money, respaldado por la prestigiosa Academia de Pediatría Norteamericana, en torno a la tesis de que la identidad de género surge principalmente de la crianza, de modo que es fundamentalmente de carácter psicosocial, con lo cual no depende directamente de la constitución biológica interna.

De lo anterior se desprende la consigna de procurar establecer el género o identidad sexual lo más temprano posible en el orden cronológico de la formación del individuo (de parte de los clínicos, durante las primeras 48 horas del nacimiento), y ello en armonía con los genitales determinados por los profesionales en salud y los padres, a fin de desarrollarlos o reconstruirlos clínicamente (cirugía y endocrinología) en las situaciones de ambigüedad sexual.

No es de sorprender que muchos padres, ante la ambigüedad sexual, acepten sin crítica el papel *correctivo* que la medicina científico - técnica ofrece. Y que a su vez los clínicos procuren evitar la confusión que la ambigüedad sexual pueda generar en los padres, y contribuir así a prevenir problemas psicológicos y sociales de la familia que recibe al intersexual.

Algunos clínicos recomiendan decir a los padres del recién nacido intersexual que su bebé es realmente una niña o un niño, según el caso, pero que tan sólo necesita una intervención clínica para completar el proceso natural. Estos clínicos pueden inclusive aceptar que el mensaje que realmente se transmita a los padres sobre la ambigüedad del intersexual sea que ésta no se debe a la condición del bebé sino a la capacidad médica de precisar y afirmar el sexo correspondiente.

La teoría psicosocial de género presupone una concepción normativa de cómo ha de ser un varón y cómo una mujer, y más aun, que en caso de observar lo que la norma indica se

logra felicidad y éxito en la vida personal. En todo caso, la prioridad es aparecer como varón o como mujer. De modo que si la condición cromosómica y gonadal apunta hacia un bebé masculino, pero sus genitales masculinos externos son inexistentes o subdesarrollados, sin posibilidad quirúrgica de reconstrucción ni sustitución artificial con garantía de funcionar como lo hace comúnmente en un adulto casado e interesado en procrear, la tendencia es proceder a asignarle identidad femenina y reconstruir los genitales externos correspondientes, aun cuando su funcionamiento en el caso de la mujer casada sea deficiente en el orden emocional y espiritual, deficiencia que se añade a la esterilidad.

En caso de una bebé cromosómica y gonadalmente femenina o mixta, pero con genitales externos deficientes o masculinizados, la tendencia es determinar qué es mujer y proceder a diseñarle los genitales apropiados. La razón por lo cual me he detenido en estas distinciones es mostrar que detrás de las determinaciones clínicas brevemente reseñadas, se revela una predisposición, tal como apuntan algunos estudiosos, a exigir mayor funcionamiento de los genitales masculinos que de los femeninos, con lo cual para esta última la reconstrucción exige menos rigor quirúrgico. Es decir, para aceptar que los genitales femeninos son funcionales y suponen beneficio psicosocial para el individuo se requiere menos exigencias que para aceptar que la masculina sea funcional. ¿Reviste esta diferencia en criterio de funcionalidad un menosprecio de la vida sexual de la mujer y, en contraste, una estima especial por la vida sexual del varón?[‡]

- **Ética clínica e intersexualidad**

Pasamos así a una segunda instancia de reflexión en el área de la ética clínica sobre la intersexualidad. De nuevo planteamos interrogantes sin pretender una resolución al dilema.

1. En primer término observamos la ambivalencia en cuanto al criterio para establecer la normalidad en la anatomía y fisiología de los genitales externos, y lo que se considera adecuado para las funciones ordinarias de los mismos en la vida adulta. El criterio prevaleciente se establece sobre la base de la actividad sexual entre personas de sexo opuesto como la única correcta, a la vez que la identifica como la modalidad adecuada para la procreación de vida nueva (heterosexualidad en principio abierta a la procreación). Se ha demostrado que los genitales masculinos reducidos en tamaño logran la función adecuada para procrear[§]. El estudio revela la importancia de la educación de los padres en el fomento de una actitud positiva y optimista ante la irregularidad genital en sus hijos.

En todo caso lo planteado suscita la necesidad (al menos política) de una argumentación sólida y convincente para justificar la heterosexualidad procreativa ante círculos que favorecen la ampliación de la vida sexual a prácticas eróticas entre personas del mismo sexo sin intención ni posibilidad de procrear, (homosexualismo masculino /femenino) y a prácticas orientadas al placer consigo mismo (autoerotismo). Es decir, se plantea el interrogante: ¿Existe tan sólo una manera de ser varón y de ser mujer en el orden de la conducta sexual o existen alternativas, supuestamente no reconocidas por los cirujanos y endocrinólogos al asistir a los recién nacidos intersexuales? ¿Supone ello, y en relación con una cierta parte de la población, un tipo de discriminación y menosprecio de una identidad sexual que podría abarcar la homosexualidad?

[‡] Cf. A. Domurat Dreger, "Ambiguous Sex or Ambivalent Medicine" en: *Hastings Center Report*, vol.28, 3, May-June, 1998.

[§] Cf. Schober y Woodhouse, "Small penis and the Male Sexual Role", en: *Journal of Urology*, 142, 1989, págs. 569-71.

2. Una vez reconocido un criterio general de normalidad y de adecuación anatómica y fisiológica en la sexualidad, ¿cómo establecer la línea divisoria en su aplicación sin discriminar a los recién nacidos? ¿Cómo determinar mejor los parámetros de lo aceptable y lo no aceptable? ¿cómo intervenir para corregir o reconstruir lo no aceptable en la anatomía genital sin que al hacerlo se suponga la no aceptabilidad de la persona en sí misma, lo cual es una clara violación de la dignidad de la persona y de su integridad físico-espiritual más allá de la deformación de un órgano? ¿Cambiaría la situación si se tratase de un brazo deforme en lugar de los genitales?

En cuanto a este punto conviene preguntar lo siguiente: ¿Equivalen unos genitales ambiguos a una enfermedad ante la cual es preciso intervenir clínicamente a la mayor brevedad posible, a modo de emergencia para prevenir complicaciones posteriores de considerable seriedad psicosomática? Naturalmente no nos referimos a los casos de intersexualidad que puedan apuntar a complicaciones metabólicas, por ejemplo hiperplasia adrenal congénita, la cual es preciso atender para salvar la vida y la fecundidad del recién nacido.

Me inclino a pensar que los genitales ambiguos no constituyen en sí una enfermedad ni tampoco una condición de peligro para la vida de la persona afectada. Sí podría verse como un desafío a la concepción cultural de lo normal y de lo funcionalmente adecuado. También es un desafío al concepto natural, y no sólo cultural, de la morfología genital e integridad corpórea de la modalidad masculina de ser persona. Retornaré sobre el punto.

3. Otro aspecto del enfoque ético clínico del tema es el *consentimiento ilustrado*. Es posible que los profesionales en salud estén más alertas a los criterios definidos de normalidad estructural y adecuación funcional en los intersexuales que los mismos intersexuales (evidente cuando se trata de recién nacidos) y sus padres o custodios. De ser así, la posibilidad de un paternalismo en el sentido estricto de imponer su criterio (incluso mediante certificación legal) o de un paternalismo moderado que recomienda su criterio con insistencia ante unos padres angustiados, son temas de ética clínica que no siempre se toman en cuenta ni se ponen en práctica con consecuencia.

Sin menoscabar la benevolencia inherente al paternalismo en general, es también apropiado procurar no escatimar información sobre la condición de intersexualidad o distorsionar ésta ante el paciente o sus padres por miedo a causar sufrimiento o confusión. Una situación diferente podría ser la de un adulto ya casado y con hijos, a quien se le descubre una anomalía anatómica que no afecta su vida y ante quien algunos eticistas recomiendan guardar reserva. En todo caso, antes de guardar reserva, el clínico debe preguntarse si la ignorancia de parte del paciente puede inducirlo a correr riesgos, como el descuidar su salud por desconfiar de los médicos, luego de descubrir lo que estos le habían ocultado.

4. También es prudente plantearse si los problemas psicosociales que se prevén en la vida del intersexual en cuanto tal son, en primer lugar, reales o empíricamente constatados y, en segundo lugar, considerar los problemas propios de la cirugía y los tratamientos endocrinológicos actuales, así como los implantes más sofisticados de órganos sexuales en el futuro.

Responder a la segunda consideración exige definir los objetivos de la medicina actual en su contexto cultural. Reconocemos que en nuestra cultura, luego de la denominada revolución sexual y en virtud de cierto pansexualismo individualista y liberal, los problemas psicosociales asociados a la vida sexual parecen más graves que otros. Tal vez porque la

sexualidad, por estar tan íntimamente vinculada a la identidad personal, sugiere que cualquier irregularidad genital afectaría la autoestima.

Consideramos que la intervención quirúrgica, aun cuando esté indicada, no es una cura, lo cual es evidente, ni es tampoco la única solución a la ambigüedad. Mas aún, cuando se la propone como parte de la asistencia en pro del bien del paciente, debe estar complementada por una educación sustentada en la correcta apreciación de lo que significa ser persona.

5. Naturalmente tanto la seguridad técnica de la cirugía como el balance de beneficios versus riesgos a largo y a corto plazo de la cirugía y los tratamientos hormonales, deben estudiarse y determinarse con claridad y sencillez, al igual que con empatía y compasión hacia los padres de los recién nacidos intersexuales. Debe informarse sobre el nivel de calidad de vida al cual un adulto sexualmente *reconstituido* puede aspirar.

6. A modo de conclusión de la reflexión sobre ética clínica me permito hacer una referencia a una evaluación que, si bien estimo como un poco extrema, resulta motivadora para una discusión. En su artículo ya citado, Domurat Dreger dice que en los EE.UU. la medicina, en su tratamiento de los intersexuales, asume a veces un punto de vista que ella designa "*ética ante un monstruo*", que conduce a la violación de las normas de la ética clínica establecida, a saber: "*...a los pacientes se les miente; los procedimientos de riesgo considerable se practican sin un seguimiento apropiado para su evaluación; el consentimiento no siempre supone una información adecuada a la complejidad del caso; la autonomía e inclusive la salud del paciente queda desestimada bajo la influencia del temor, tal vez sin fundamento, de que una anatomía deforme o un funcionamiento deficiente de por sí conduzca al desastre psicosocial de la persona.*"

7. Creo que un modo de estudiar estos temores es realizar un estudio respetuoso y abierto a la riqueza de la experiencia humana de las vivencias de personas que han configurado su vida de acuerdo a su condición. Entiendo que existen no sólo varios estudios sino también una sociedad de apoyo en los EE.UU.: "*Intersex Society of America*".

- **Marco antropológico filosófico**

Para concluir la Parte II de mi presentación, creo oportuno completar un pensamiento ya expuesto anteriormente sobre la importancia de enmarcar – si no fundamentar - la evaluación del tema intersexualidad dentro de una antropología filosófica de corte personalista. Me gustaría citar las palabras de Elio Sgreccia (*Manual de bioética*) sobre la práctica médico-quirúrgica: "*...se necesita practicar aquella intervención que pueda tener más éxito desde el punto de vista técnico para proporcionar un sexo externo definido*"... Y luego añade: "*...Puesto que estas anomalías se ponen de manifiesto ya en el nacimiento o en los primeros meses de vida, la intervención puede posibilitar una adecuación que evite al sujeto conflictos posteriores*". Es evidente que lo indicado se ha de aplicar cuando se trata de una verdadera ambigüedad externa y que el sexo reconstruido llegue a coincidir lo mejor posible con otros elementos y componentes del sexo físico.

Pero en la situación consultada la disonancia entre el sexo anatómico o genitales externos y el sexo gonádico y cromosómico permanece, es decir, se trata de un varón en cuanto a estructura genética e histológica, pero de una mujer en sus genitales artificialmente reconstruidos. Sus posibilidades matrimoniales se ven comprometidas desde la perspectiva que a continuación ofrezco a su consideración.

La situación descrita en la presentación inicial es objetivamente complicada para el personalismo filosófico, según el cual el acto conyugal o heterosexual debe guardar armonía con la integridad de una persona encarnada y animada por unas facultades como la razón, la voluntad, la afectividad y la espiritualidad.

La mujer, en el caso examinado, podría tal vez realizar con su genitales reconstruidos un acto parcialmente conyugal, es decir, más fisiológico que plenamente integrado a su afectividad y espiritualidad. Cabe preguntar si su cuerpo está verdaderamente integrado según el orden natural o de acuerdo a la armonía de todos los aspectos que constituyen su sexualidad.

2. Más aún, el personalismo filosófico, al menos en su vertiente católica, insiste en la vida sexual como apertura a la procreación y como expresión de la unidad recíproca y complementaria entre los esposos. La persona a la cual se refiere nuestro caso no podría contraer matrimonio católico.

Naturalmente la sociedad secular, con su código civil, tendría que expresar su reconocimiento o rechazo del matrimonio entre un intersexual con disonancia entre los aspectos interiores y los exteriores de su sexo, y otra persona del sexo opuesto. ¿Cómo se describiría en este caso la complementariedad entre la mujer y el varón? ¿Sería necesario revelar la condición de ambigüedad sexual del cónyuge afectado? ¿Podría acudir a las técnicas de procreación artificial? ¿Se contempla la posibilidad de implantes de genitales internos para procrear de modo más natural?

Me resulta instructivo reconocer en el *Personalismo Antropológico* una distinción entre sexualidad como modo y estilo de vida que abarca todas las dimensiones de ser persona encarnada, lo cual nos hace femeninos o masculinos en el pensar, decidir, sentir y conducir sin caer en una tipología rígida. También indica la presencia de rasgos tanto femeninos como masculinos inherentes a toda persona, sea esta varón o mujer, según proporciones correspondientes a uno u otro sexo.

Así definida, la sexualidad se distingue tanto del sexo como configuración física como de las funciones estrictamente genitales. Considero que el énfasis prestado a estas funciones opaca el aprecio psicosocial de la sexualidad como modalidad amplia del ser corpóreo correspondiente a toda persona. Una mayor atención a la persona en su integridad podría moderar cualquier aplicación de la tecnología médica a la situación delicada que estamos examinando desde varias perspectivas.

CONCLUSIÓN

Mi intención ha sido enfocar los interrogantes que estimo fundamentales ante la intersexualidad en el pseudohermafroditismo. Se trata de interrogantes que surgen en el plano cultural en vista de la apreciación social y educativa de la sexualidad, del sexo y las funciones genitales asociadas. Estas consideraciones sociales y educativas se insertan como componentes necesarios en el ejercicio de la responsabilidad profesional del médico, en sus diversas especialidades, desafiando las normas éticas de la veracidad y del consentimiento informado. Todo ello nos lleva a abocarnos ineludiblemente a cuestiones de índole filosófica que hay que esclarecer, para así evaluar las opciones clínicas ante la intersexualidad a la luz de lo que significa ser persona encarnada y sexuada.

Si la medicina no se plantea estos interrogantes permanecerá en la ambivalencia o reducirá su asistencia a la utilización de recursos técnicos ante una condición tan profundamente existencial que exige una visión orgánica de la persona afectada en su integridad, dignidad y trascendencia.